

Úlceras arteriales en paciente en tratamiento con hemodiálisis

Autores:

Díez Fornés, P; Fornes Pujalte, B; Lucha Fernández, V.
Enfermeras de la Unidad de Enfermería Dermatológica. CHGUV.

Anamnesis

Paciente varón de 65 años de edad. No DM y no dislipemia. Antecedentes de HTA de larga evolución causante de una IRC en tratamiento con hemodiálisis desde 2002. Fumador de 10 cigarros/día. IAM hace 17 años con PCR, no siendo controlado posteriormente por el cardiólogo (por decisión del paciente). ICTUS en el 2006.

Las úlceras

Presenta úlceras necrotizantes en mano izquierda, en el brazo con fístula arteriovenosa (FAV) y en pierna izquierda, de dos semanas de evolución. Refiere dolor intenso.

Las úlceras de la mano se deben al síndrome de robo arterial por FAV radiocefálica (zona de baja presión en arteria radial distal a la FAV, con flujo sanguíneo retrógrado a la FAV). Se observan úlceras necróticas en: falange distal del dedo medio y anular y en dorso de la mano a nivel de la articulación metacarpofalángica.

La úlcera de la pierna responde a la isquemia crónica, es una lesión necrótica con exposición de tendón de Aquiles, de 6cm de largo por 4,5cm de ancho. (Ver figuras 1, 2 y 3)



Figura 2



Figura 3



Figura 1

A la exploración vascular se observa pulso pedio en MII positivo y ausencia de pulsos poplíteo y pedio de MID, con lesión necrótica y exposición de tendón de Aquiles. Pulso radial positivo.

Objetivos

- Recuperación de la integridad cutánea
- Control del dolor
- Prevención del riesgo de infección

Tratamiento

Para el control del dolor se pauta tratamiento con clorhidrato de tramadol alternando con paracetamol y se remite a la unidad del dolor.

El 31 de octubre se cierra FAV, dejando lesiones importantes en mano izquierda.

Para prevenir el riesgo de infección se limpian las úlceras con suero fisiológico y se aplica apósito de espuma con contenido argéntico.

Tobillo: Se aplicó hidrogel en un primer momento y posteriormente ácido hialurónico para procurar la hidratación del tendón y facilitar el recubrimiento de éste por tejido de granulación.

Mano: Aplicación de hidrogel en todas las lesiones para favorecer su desbridamiento autolítico e ir realizando desbridamiento cortante en cada cura. Aplicación de apósitos de hidrofibra con plata.



Figura 4



Figura 5

Evolución

A las tres semanas

Tobillo: Presencia de tejido de granulación en toda la úlcera, excepto en tendón de Aquiles que está más expuesto y sobreelevado. Se aplica crema con lidocaína para proceder con desbridamiento cortante en su zona distal. Se mantiene la cura con hidrogel+ ácido hialurónico (AH) + espuma con plata, crema barrera en perilesión.

Dedo anular: Crema con lidocaína y desbridamiento cortante, observando exposición ósea. Cura con hidrogel + AH+ hidrofibra con plata. Se solicita RX.

Dedo medio: Apósito hidrocoloide.

Dorso mano: Presencia de esfacelos. Cura con hidrogel + hidrofibra con plata. (Ver figuras 4, 5, 6 y 7)



Figura 6



Figura 7

A las ocho semanas

Tobillo: Desbriamiento de área tendón necrosada. Continuamos con AH + hidrogel + apósito de espuma con plata. (Ver figuras 8 y 9)



Figura 8



Figura 9

Dorso mano: Se observa ya tejido de granulación. Hidrogel + malla hidrocoloide.

Dedo anular: El lecho ulceral está totalmente ocupado por hueso, que dificulta la buena evolución. Continuamos con hidrogel + apósito de espuma con plata.

Dedo medio: Epitelizado.

A las 12 semanas

Tobillo: Cubierto un 90% por tejido de granulación, se observa tendón en su zona central. Continuamos con hidrogel y apósito de espuma con plata.

Dorso de mano: Epitelizado en un 90%

Dedo anular: Exposición de falange. Se remite al paciente a cirugía plástica para resección ósea. Cura con hidrogel y apósito de plata. (Ver figuras 10, 11, 12, 13, 14 y 15)



Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15

A los cuatro meses y medio

Cirugía plástica realiza tratamiento quirúrgico de la osteomielitis del dedo anular, con desbridamiento y artrodesis con dos agujas. (Ver figuras 16 y 17)



Figura 16

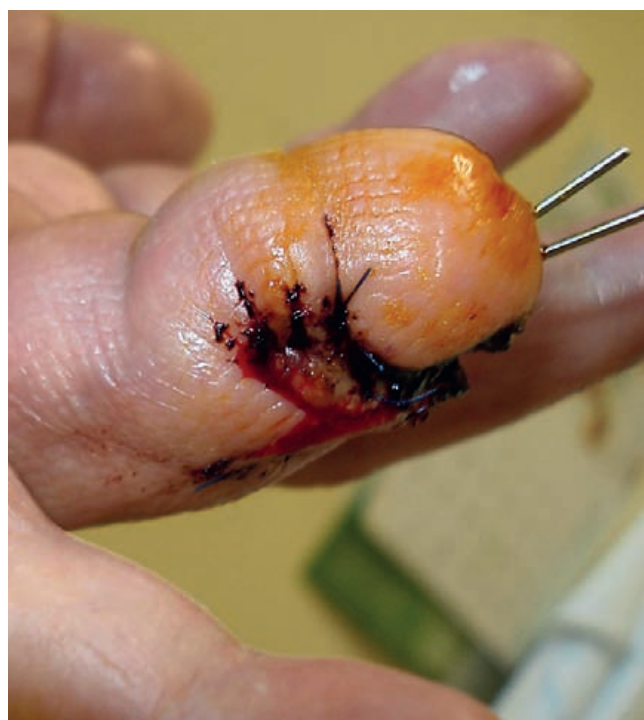


Figura 17

Tobillo: La úlcera va disminuyendo de tamaño, y está ocupada en un 95% por tejido de granulación. Se continúan las curas con hidrogel y apósito de quitina. (Ver figuras 18 y 19)



Figura 18



Figura 19

A los siete meses

Se va rebajando hipergranulación con nitrato de plata o con crema de hidrocortisona.

Se aplica apósito de quitina + hidrogel hasta su curación. (Ver figuras 20 y 21)



Figura 20



Figura 21